

様式第2号

小矢部市認知症高齢者等おでかけあんしん賠償責任保険事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 小矢部市長

(申請者)

氏 名

対象者との続柄 ()

住 所

連絡先

次の対象者について、認知機能の低下により徘徊のおそれがあるので、小矢部市認知症高齢者等おでかけあんしん賠償責任保険事業実施要綱第5条第2項の規定より、次の事項に同意の上、利用登録者名簿の登録を申請します。

【同意事項】

- ・市が対象者に関する情報を損害保険会社に提供すること。
- ・市が介護保険者から対象者の要介護（支援）認定に関する情報の提供を受けること。
- ・市が担当介護支援専門員に対象者の生活状況を照会すること。

【対象者】

(ふりがな) 氏 名	
住 所	小矢部市
生 年 月 日	年 月 日 (歳)

【該当する□にレ点を記入してください。】

- 現在施設入所や入院をしていない。
- 次のいずれかに該当する。
 - 医師により認知症と診断されている。[診断医療機関:]
 - 介護保険制度の要介護認定又は要支援認定を受けている。
 - おでかけあんしんシール配付事業又は徘徊高齢者等支援事業（徘徊検索発信機貸与事業）を利用している。

担当介護支援専門員	所属		氏名	
-----------	----	--	----	--